

Editörden



Değerli Meslektaşlarım,

TJOD İstanbul olarak, 15 Mayıs Pazar günü 'Endometrioziste 2022 Yılında Neredeyiz' başlıklı toplantımız ile yüz yüze toplantılarımıza başladık ve 5 Haziran Pazar günü 'Gebelik Öncesi ve Gebelikte Hangi Testleri Yapalım? Güncel Durum Nedir?' başlıklı toplantımız ile devam ettik. Bu toplantıların programlarına ve sunumlarına <https://www.tjodistanbul.org> adresimizden ulaşabilirsiniz. 19 Haziran 2022 tarihinde ise uzun zamandır ara vermiş olduğumuz kurslarımıza 'Histeroskopide Güncel Bilgiler' başlıklı kurs ile başladık. Yüz yüze toplantılarımız oldukça ilgi gördü, hepimiz birbirimizi yüz yüze görmeyi çok özlemişiz. Toplantılarımız ve kurs programlarımıza devam edeceğiz.

TJOD İstanbul Bülteni'nin bu sayısında Dr. Harika Yumru Çeliksoy emektar ve kıdemli Kadın Doğum uzmanlarımızdan Dr. Erdinç Köksal ile bir söyleşi gerçekleştirdi. Keyifle okuyacağınıza inanıyorum. Dr. Erdinç Köksal'a röportajı kabul ettiği için ve Dr. Harika Yumru Çeliksoy'a bu güzel röportajı yaptığı için teşekkür ederim.

Bu sayımızda Dr. Tuğba Saraç Sivrikoz Doppler umbilikal arter Doppler'inde patolojik bulguları olan erken başlangıçlı intrauterin gelişme geriliğinde yenidoğan sonuçları ile ilgili bir makale özetledi. Dr. Serdar Aydın, midürettral slingler ve ağrı ile ilgili Dr. Alex Digesu'nun International Urogynecology Journal'da yayınlanan oldukça ilginç bir yazısını özetledi. Dr. Engin Çelik jinekolojik kanserlerde güncel ve gelecekteki durumları özetledi. Dr. Fatih Aktöz ise ESHRE 2022 Endometriozis Kılavuzu'ndaki değişiklikleri özetledi. Dr. Engin Türkgeldi ise over stimülasyonu ve meme kanseri ilişkisi ile ilgili bir makale özetledi.

TJOD İstanbul Bülteni'nin bu sayısına katkıda bulunan (soyadı sırasına göre) Dr. Fatih Aktöz, Dr. Serdar Aydın, Dr. Engin Çelik, Dr. Tuğba Saraç Sivrikoz, Dr. Engin Türkgeldi ve Dr. Harika Yumru Çeliksoy'a teşekkür ederim.

Bültenimiz ile ilgili görüş ve önerilerinizi bana (fgungor@yahoo.com) veya TJOD İstanbul mail adresine iletebilirsiniz.

Keyifli bir yaz geçirmenizi dilerim.

Saygılarımla,

Dr. Funda Güngör UĞURLUCAN



TJODist Bülteni

Tjod İstanbul Yönetim Kurulu //

 ✉ Dr. Recep Has Başkan	 ✉ Dr. Ahmet Gül II Başkan	 ✉ Dr. Ayşe Seyhan Genel Sekreter	 ✉ Dr. Veli Mihmanlı Sayman
 ✉ Dr. Funda Güngör Uğurlucan Bülten/Web sitesi Sorumlusu	 ✉ Dr. Hale Göksever Çelik Üyelik İşleri Sorumlusu	 ✉ Dr. Nadiye Doğan Köroğlu Sosyal Medya Sorumlusu	 ✉ Dr. İsmail Çepni İnfertilite Grubu Sorumlusu
 ✉ Dr. Altay Gezer Jinekoloji Grubu Sorumlusu	 ✉ Dr. Özlem Pata Perinatoloji Grubu Sorumlusu	 ✉ Dr. Samet Topuz Onkoloji Grubu Sorumlusu	

TJODist Bülteni

Bu Sayımıza Katkılarından Dolayı Teşekkürler

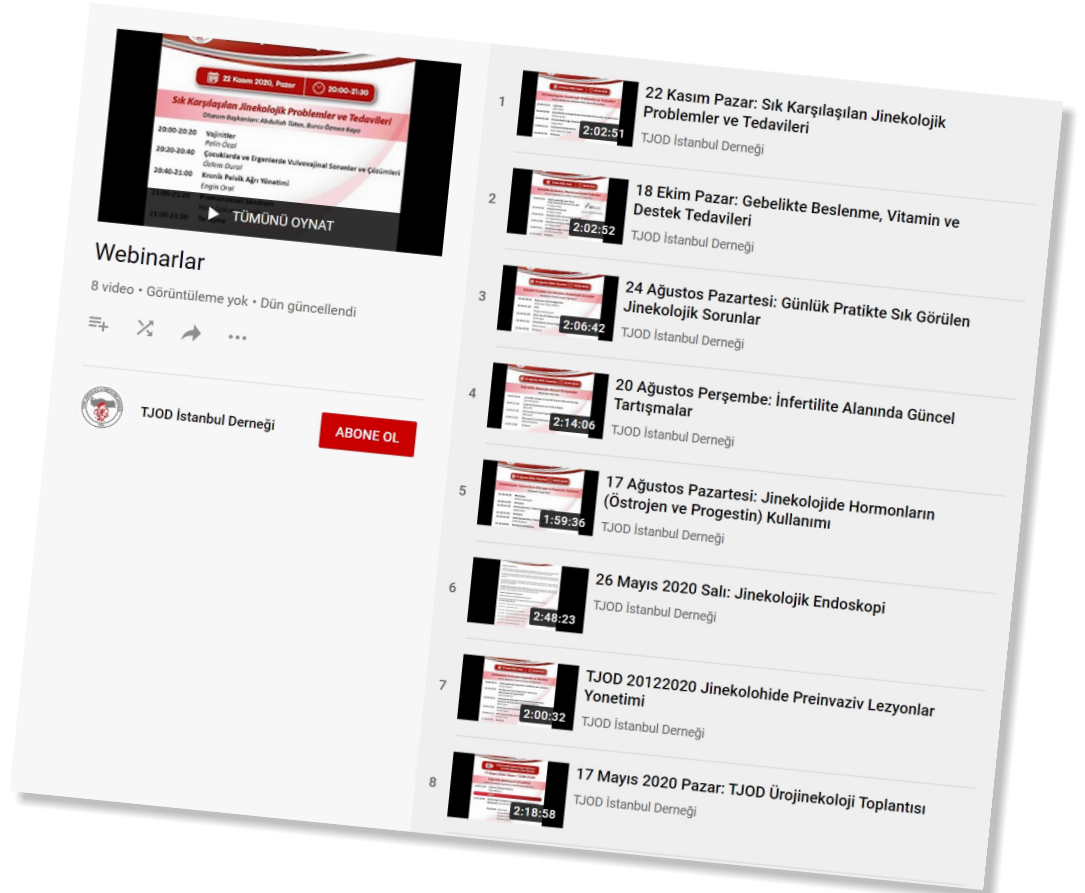
Soyadı Sırasıyla

Dr. Fatih AKTOZ
Dr. Serdar AYDIN
Dr. Engin ÇELİK
Dr. Harika Yumru ÇELİKSOY
Dr. Tuğba Saraç SİVRİKOZ
Dr. Engin TÜRKGELDI



Youtube Kanalımıza **abone** olabilirsiniz.

Webinarların **tekrarını izleyebilirsiniz.**



TJODist Bülteni

Hocamızla Söyleşi

DR ERDİNÇ KÖKSAL

Söyleşi: Dr. Harika Yumru Çeliksoy



Bize kendinizi, eğitim ve çalışma hayatınızı anlatır mısınız?

Öncelikle, ülkemizin çok değerli bir kurumu olan Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Bülteni'nin benimle röportaj talebini teşekkürle karşılıyorum. Çünkü ben jinekoloji dalında bir hoca değil, sıradan bir Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanıyım.

1933'te Ankara'da doğdum. İlk, orta ve lise tahsilimi orada yaptım. Babam Ankara Hukuk Fakültesi Genel Sekreteri idi ve hukukçu olmamı istiyordu. Ve oraya kaydetti. Ama benim gönlümde yatan şey doktor olmaktı. 7 yaşındayken dut ağacından düşmüş, Ankara Numune Hastanesi'nde yattığım üç gün üç gece zarfında, beyaz gömlekli amcaların erişilmez, saygın kişiler olduğunu görmüş, ilerde ben de onlar gibi doktor olmak istemiştim. Nitekim isteğimi babama söyledim, anlayışla kabul etti; Ankara Tıp Fakültesine başvuran 1500 kişiden imtihanı kazanan 150 kişi arasında ben de vardım. Fakülteyi 1958'de bitirirken ünlü Dahiliye Hocamız Prof. İrfan Titiz'den asistanlık teklifi aldım. Ama yeterli kadro olmadığı için fahri asistan olarak ve hiç maaş alamadan dört yıl çalışacaktım. Bunu göze alamadım ve Sağlık Bakanlığı'nın açtığı imtihanları bekledim ve 1965'te Kadın – Doğum imtihanını kazanarak Adana Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ihtisasa başladım. Anadolu hastanelerinde ihtisas yapmak büyük şanstır. Gerçi oralarda teorik ve akademik çalışmalar pek görülmez ama vaka çoktur, ameliyat çoktur, pratik olarak daha iyi yetiştirme şansı vardır. Nitekim ben 2 yıl sonunda Şişli Etfal Hastanesi'ne histerektomi ve sezaryen operasyonu yapmış olarak geldiğimde, oradaki arkadaşların kistektomi için sıra beklediğini gördüm. Ayrıca, o yıllarda Nüfus Planlaması faaliyetini ilk başlatan ekibin içinde bulunmak da beni mutlu ediyor.

1969 yılında 'İnfertilite' tezimle ihtisas imtihanını vererek Zonguldak EKİ Hastanesinde göreve başladım. Daha sonra yeni açılan SSK Hastanesinde Kadın-Doğum Uzmanı ve Yönetici olarak çalıştıktan sonra 1979'da Tam-Gün yasasının çıkmasıyla istifa ederek ayrıldım ve serbest olarak çalışmaya başladım. Çocuklarımın üniversiteye başlamasıyla İstanbul'a tekrar geldim, Pendik'te yıllarca serbest çalıştıktan sonra 2002 yılında Kadıköy Belediyesi Sağlık Polikliniğinde göreve başladım. Öğleden evvel poliklinik yapıyor, öğleden sonraları da çevre mahallelerde, okullarda, Sivil Toplum Kuruluşlarında, hatta camilerde bile başta aile planlaması, cinsel sağlık ve sigara konuları olmak üzere söyleşilerde bulunuyordum.

2012'den beri de İstanbul Tabip Odasında ve Türk Tabipleri Birliği Emekli Hekimler Kolunda, meslektaşlarımızın sorunlarına çareler aramaya çalışıyorum. Bu arada, genç meslektaşlarımızın deontolojik açıdan bizleri üzen davranışlarını görüyor, üzülmüyoruz. Bu konuya bir katkı olarak "Fidanlarla Çınarlar Elele" projesi başlattık; imkan buldukça emekli hekimler olarak ülkemizin her tarafında, Tabip Odalarının öncülüğünde Tıp Talebeleri ile buluşuyor, yaptığımız sohbetlerde bizzat yaşadığımız ilginç örnekleri anlatarak onlara deontolojiyi aşılama çalışıyoruz.

Emekli olduktan sonra da koruduğunuz çalışma motivasyonunuzu hayranlıkla takdir ediyorum. Bu arada yazdığınız kitaplar var; bunun dışında özel ilgi alanlarınız var mı?

Sizler de emekli olduğunuzda göreceksiniz, ertesi gün uyanıyorsunuz ve 'Ben şimdi ne yapacağım?' hissi oluyor. Bizim meslekte emeklilik diye bir şey yoktur. Bir şekilde tecrübe ve deneyimlerinizi paylaşmaya devam edersiniz.

Talebelik hayatımdan başlayan ve meslek hayatım boyunca devam eden bir alışkanlığım var. İlginç bir olay yaşadığımda veya şahit olduğumda onu hemen birkaç kelimeyle not eder, saklarım. Gün gelir onlar bir 14 Mart

TJODist Bülteni

Mecmuasında, bir dergide, gazetede, Tabip Odası yayınlarında karşımıza çıkar ya da kitap halinde okuyucuyla buluşur. Fakültedeyken çıkardığımız 14 Mecmualarında, mezuniyet albümlerinde, Zonguldak'ta çıkardığımız "Reçete" dergisinde, Pendik'te çıkardığım "14 Mart'mız" Dergisinde ve son yıllarda yazı işlerini üstlendiğim "Kıdemli Stetoskop" Dergilerinde benim ve meslektaşlarımın yaşadığı Hekim-Hekim ve Hekim-Hasta ilişkilerindeki olaylardan izler bulursunuz.

Bilgi Yayınevi tarafından yayımlanmış "Ah Şu Doktorlar...", "Ak Gömleğin Dili Olsa..." ve "Beyaz Yürek" kitaplarımdan sonra, bu sene 14 Mart'ta İstanbul Tabip Odası tarafından *geliri bursiyer Tıp Öğrencilerine verilmek üzere- yayımlanan "Beyaz Yemin" adlı kitabım da, genç meslektaşlarıma ve halkımıza hekimliğin perde arkasını yansıtan yaşanmış olayları sergilemektedir.

Ben aynı zamanda bir sigara savaşıyıcıyım ama bu konudaki yazılarımı nahif bir üslupla paylaşmayı tercih ediyor ve "Sigaranın Görünmeyen Yüzü", "Arkadaşım Sigara" veya "Sigaranın Faydaları" başlıklarıyla asıl mesajımı yumuşak bir dille vermeye çalışıyorum. Bu arada bir Kadın-Doğum Hekimi olarak, engelli bireylerle ilgili bir çalışma içindeyim. Aileleri tarafından görmezden gelinen ve toplum tarafından yok farz edilen, 'Engelli kardeşlerimizin Cinsel sorunları' konusunda, TRT'de geçtiğimiz yıllardaki radyo konuşmalarından sonra, geçen hafta bu konuda Gaziantep FEV Vakfının davetlisiydim. Amacım tabu olarak algılanan bu konuyu biraz aralayabilmek.

Sizin döneminizde Kadın Hastalıkları ve Doğum doktoru olarak çalışmanın artı ve eksi yönlerinden bahseder misiniz?

Bizim asistanlığımızda ultrasonografi cihazları yoktu. Gebelik teşhisi için, Galli-Mainini Kurbağa testi yapılıyordu. Taze kadın idrarının erkek kurbağalara enjeksiyonundan iki saat sonra meydana gelen sperm salgısına göre gebelik teşhisi koyabiliyorduk. Hastanelerin en büyük dertlerinden biri de erkek kurbağa bulmaktı. O zamanlar, bir asistanın en önemli işlerinin başında forceps kullanabilmek ve vakum ekstraksiyonu kusursuz uygulamak geliyordu. Şimdi her ikisi de eski değerini yitirdi ve sezaryen onların önüne geçti. Ne yazık ki, üst katlardaki yöneticilerimiz, normal doğumu teşvik için sezaryen aleyhindeki beyanlarıyla ve puan kısıtlamalarıyla halkımızın aklını karıştırmaya devam etmektedirler.

Küretaj konusunda da, bizim zamanımızda kazıyarak işlem yapan küretler yerine artık vakumla çalışan aletler geliştirildi ve perforasyon riski asgariye indirildi. Erosion de col tedavisinde elektrokoter kullanıyorduk. Şimdi kriyoterapi veya lazer var.

Kadın Hastalıkları ve Doğum hekimliğinin günümüzde geldiği noktayı nasıl değerlendiriyorsunuz?

Bizim dönemimizde Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı olmak, hem hanımlar için tercih edilen bir branş, hem de erkeklerin yöneldikleri bir branştı. Gerek kamu hastanelerinde gerekse özel hastane ve tıp merkezlerinde rahatça iş bulunabiliyordu. Son yıllarda açıkça görülüyor ki, özel sağlık kurumları Kadın-Doğum Uzmanı iş ilanlarında "bayan kadın doğumcu" olarak şerh koymaktadırlar. Bu da toplumun nereye gittiğini gösteren acı bir gerçeği işaret ediyor.

Öte yandan tıbbın her dalında olduğu gibi jinekoloji ve obstetrikteki gelişmeleri takdirle izliyorum. "Tüp bebek" konusundaki başarılı sonuçların artması, infertilite tedavisindeki gelişmeler, hele ki Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesindeki "uterus nakli" başarısı dünyada ses getirecek düzeydedir. Bunlarla iftihar ediyorum.

TJODist Bülteni

Şu an birçok meslektaşım hekimliği bırakmanın yollarını arıyor. Hekimliğin, özellikle de bizim branşımızın tekrar eski değerine dönmesi sizce mümkün mü, mümkünse nasıl?

Bugünkü sağlık sistemi uygulamalarında, hekimliğin irtifa kaybettiği, eski saygınlığının yerle bir edildiğini, içimiz acıyarak yaşıyoruz. Hasta mutsuz, bizler mutsuzuz. Bu nedenle mesleği bırakmak isteyenler ya da hekimliğini yurt dışında sürdürmek isteyenler her geçen gün artıyor. Ama inanıyorum ki bu günler geçecek, mesleğimiz ve meslektaşlarımız halk nazarında eski saygınlığına kavuşacaktır. Kendimizi halkın anlayacağı şekilde anlatmamız gerekir. Taksim olayları sonrasında bir çok mecrada kendimizi ifade etme fırsatı bulduk.

Yeni mezun doktorların yurtdışına gitmesi konusunda düşünceleriniz neler? Genç meslektaşlarımıza önerileriniz nelerdir?

Üniversite giriş imtihanlarında en yüksek dereceleri alarak, 6 yıllık zorlu Tıp Fakültesine kaydınızı yaptırmışsınız. Liseden mezun olan bir çok arkadaşlarınız 4 yıllık fakültelerden mezun olarak çalışma hayatına başlarken, siz hala babanızın emekli maaşına ortak olarak talebelik hayatına devam ediyorsunuz. Fakülte bitiyor, zorlu TUS imtihanlarını kazanıp asistanlığa başlıyor ve çile çekmeye devam ediyorsunuz. Üstelik, hiçbir meslekte olmadığı halde Anadolu'da mecburi hizmete gidiyorsunuz.

Hastaya yeterli zamanı ayıramadığınız, istediği ilacı yazmadığınız, istediği istirahati vermediğiniz, muayene kapısında beklettiğiniz için yumruk yiyorsunuz, tekme, tokat yiyor ve bıçaklanıyorsunuz. Bu şartlarda kim çalışmak ister Allah aşkına! Bu nedenle yurtdışına gitmek için lisan kurslarına devam eden, imkan arayan genç arkadaşlara hak veriyorum. Gitmek demek, ülkesini terk etmek değildir. Orada çalışır, mesleki açıdan gelişimini sağlar ve dönerek ülkesine hizmete devam eder. Mardin'de dünyaya gelen ve İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olan Dr. Aziz Sancar bir imkan bulup Amerika'ya gidemeseydi, acaba 2015 yılında DNA Nükleotid onarımı konusundaki çalışmalarıyla Nobel Kimya ödülünü alabilir miydi? Diyarbakır'da doğarak liseyi orada bitiren ve Ankara Tıp Fakültesinde eğitimine başlayan, sonradan Almanya ve İsviçre'de tahsiline devam eden Prof. Gazi Yaşargil eğer Türkiye'de kalsaydı, mikrocerrahide açtığı ışıyla "Yüzyılın Beyin Cerrahisi" ünvanını alabilir miydi? Covid-19'a karşı mRNA aşısını bulan Dr. Uğur Şahin ve Özlem Türeci acaba Türkiye'de olsaydılar, Ar-Ge çalışmalarını ve dünya çapındaki bu buluşları yapabilirler miydi? Bu saydığım bilim insanları dışında dünyanın birçok üniversitelerinde başarılı çalışmalara imza atan pek çok bilim insanımız vardır ve onlar bizim yüz akımızdır.

Bütün zorluklarına rağmen mesleğimiz için geleceğin daha aydınlık olduğunu düşünmek istiyorum.



UMBİLİKAL ARTERDE DİYASTOL SONU AKIM KAYBI VEYA TERS AKIM OLAN ERKEN BAŞLANGIÇLI FETAL BÜYÜME KISITLILIĞINDA AKTİF YÖNETİLMİŞ OLGULARIN YENİDOĞAN SONUÇLARI

E. MORSING¹, J. BRODSZKI², A. THURING² and K. MARSAL²

¹Pediatrics, Department of Clinical Sciences, Lund University, Lund, Sweden;

²Obstetrics and Gynecology, Department of Clinical Sciences, Lund University, Lund, Sweden

Özetleyen: Dr. Tuğba Saraç Sivrikoz

KATKILAR

Bu çalışmanın yeni bulguları nelerdir?

Umbilikal arterde diyastol sonu akım kaybı veya ters akım gelişmiş fetal büyüme kısıtlılığı (FBK) olan ciddi preterm fetüslerin 30. gebelik haftasından önce aktif yönetilerek doğum planlanması, intrauterin ölümü önleyebileceği hipotezini desteklemektedir. Bu yenidoğanların uzun vadeli nörogelişimsel sonuçları, konservatif perinatal yönetimi sonuçlarını bildiren olan diğer çalışmalarla karşılaştırılabilir düzeyde veya onlardan daha iyi olarak sonuçlanmıştır.

Bu çalışmanın klinik sonuçları nelerdir?

Prospektif çalışmalarla bu çalışmada elde edilen bulguların doğrulanmasından sonra, 30 haftadan önce doğum kararı verilmesi planlanan FBK olan olgularda, umbilikal arter Doppler'inin dikkate alındığı proaktif klinik protokollerin kullanılması perinatal sonuçları iyileştirebilir.

GENEL BİLGİLER

Erken başlangıçlı fetal büyüme kısıtlılığı (FBK) artan intrauterin ölüm riski ve hayatta kalanlarda suboptimal nörogelişim ile ilişkilidir. Çok erken doğan FBK olan olgularda, FBK'nın doğumdan sonraki gelişim üzerindeki olumsuz etkileri, erken doğum ile derinleşmektedir. Doğumdaki gebelik yaşı (GH), doğum sonrası gelişimin en güçlü belirleyicisi olarak kabul edilmektedir. FBK'nda umbilikal arterde diyastol sonu akımın olmaması veya tersine dönmesi (AREDF), ciddi şekilde bozulmuş plasental perfüzyon bulgusu olup olumsuz prognoz ile ilişkilidir. Bununla birlikte, erken başlangıçlı FBK'nda, 30-32. haftaya kadar, umbilikal arter Doppler'i genellikle yönetim protokollerinin doğrudan bir parçası değildir ve duktus venozusun (DV) Doppler velosimetrisi, fetal kalp hızı (FKH) takibi veya biyofizik profil gibi diğer parametrelere ihtiyaç duyulmaktadır. Buna karşılık, 1998'den beri, Lund'daki Skane Üniversite Hastanesi'ndeki 3. düzey Perinatoloji Merkezi'nde, erken başlangıçlı FBK'nda, doğum zamanını belirlemek için proaktif bir klinik yönetim protokolü olarak umbilikal arter Doppler'i kullanılmaktadır. Bu çalışmada, 30 haftadan önce doğurtulan AREDF'li FBK vakalarının perinatal ve uzun vadeli nörogelişimsel sonuçlarını analiz edilmiştir.

HASTA SEÇİMİ VE METOD

Lund- Skane Üniversite Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Departmanı'nda 1998-2015 yılları arasında umbilikal arter Doppleri'nde AREDF bulunan erken başlangıçlı FBK (FBK grubu) olan 30. gebelik haftasını tamamlamış ve ondan önce fetal endikasyon ile doğurtulan fetüsler ve AREDF'nin ilk ortaya çıktığı anda çalışmaya dahil edilmiştir. Hayatta kalan bebeklerde perinatal sonuçlar ve nörogelişim, SGA veya bilinen herhangi bir fetal Doppler değişikliği olmayan ve belirlenen zaman aralığında 30. gebelik haftasından önce doğmuş (FBK olmayan kontrol grubu) grup ile karşılaştırılmıştır. 26. gebelik haftasından önce veya sonra doğurtulmuş AREDF bulunan veya bulunmayan tekil ve ikiz gebeliklerin sonuçları da ek olarak analize dahil edilmiştir. Ana prensiplerden biri, FKH'nda veya DV Doppleri'nde patolojik değişiklikler meydana gelmeden önce doğum planlanmasıdır.

TJODist Bülteni

Prenatal sonografide ciddi yapısal anomali veya karyotip anomalisi bulunan olgular ile ikizden ikize transfüzyon sendromu ile komplike olmuş olgular çalışmaya dahil edilmemiştir.

Neonatal bilgiler ve takip

Yenidoğan aktif bakımı, resüsitasyon, erken surfaktan tedavisi, ventilatör ve erken enteral beslenmeyi içermektedir.. Solunum sıkıntısı sendromu (RDS), bronkopulmoner displazi (BPD), septisemi, nekrotizan enterokolit (NEK), şiddetli intraventricüler kanama (İVK), şiddetli prematüre retinopatisi (ROP), ROP Evre ≥ 3 neonatal takip parametresi olarak kaydedilmiştir. Uzun süreli sonuçlar arasında serebral palsi (SP), Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi (GMFCS), düzeltilmiş 2 yaşındaki gelişimsel değerlendirmeler (Bayley Bebek ve Yürümeye Başlayan Gelişim Ölçekleri, 2. veya 3. baskı (Bayley II veya III)), Wechsler Okul Öncesi ve İlköğretim Ölçeği kullanılarak bilişsel değerlendirmeler dikkate alınmıştır. Zeka (WPPSI-III) veya Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği (WISC) nörolog tarafından kaydedildi. Otistik bozukluk tanısı, pediatrik çizelgelerdeki ICD-10-CM kodu F84.0 kaydına göre yapılmıştır. Dikkat eksikliği bozukluğu, metil-fenidat ile tedavi edilen bir çocuk olarak tanımlanmıştır. İşitme bozukluğu, tek taraflı veya iki taraflı sensöri-nöral işitme bozukluğu olarak tanımlandı. Nörogelişimsel bozukluk (NGG) herhangi biri olarak tanımlandı: CP (GMFCS düzeyi >2), bilişsel gecikme (Bayley II puanı <70 , Bayley III puanı <85 , WPPSI-III veya WISC IV puanı <70), ciddi işitme bozukluğu (işitme cihazlarına bağımlılık veya daha ciddi), körlük ve 2 yaşındaki vücut ağırlığı, İsveç büyüme çizelgelerinin ortalamasının <2 SD'den ciddi büyüme geriliği olarak kabul edilmiştir.

İstatistiksel analiz, SPSS 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) veya MedCalc 12.3.0 (MedCalc Software, Mariakerke, Belçika) kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR

Perinatal sonuçlar

Çalışmada belirlenen sürede 30. gebelik haftasından önce doğmuş, erken başlangıçlı FBK olup umbilikal arter Doppleri'nde AREDF (FBK grubu) olan 139; umbilikal arter Doppler değişikliği veya SGA olmayan 946 hasta (FBK olmayan kontrol grubu) değerlendirmeye alınmıştır. Her iki gruba ait demografik ve klinik data Tablo 1 de verilmiştir. FBK grubunda preeklampsi daha sık iken, FBK olmayan grupta koryoamniyonit, erken membran rüptürü ve ablasyo plasenta daha siktir. FBK bulunan 139 fetüsten, 139'u canlı doğmuş (%95), 130'unun (%98) yoğun bakım ünitesi (YBÜ) desteğine ihtiyacı olmuştur (Tablo 1). FBK olmayan grupta ise canlı doğum %95 ve YBÜ oranı %96'dır. Her iki grup arasında intrauterin fetal kayıp ve doğum salonunda ölen yenidoğan oranı benzer bulunmuştur.

Canlı doğan tekil ve ikiz/üçüzlerin FBK ve FBK olmayan gruplarda doğumdaki gebelik haftasına (GH) göre dağılımı Şekil 2'de sunulmuştur. FBK ve FBK olmayan grupta sırasıyla elli altı (%40) ve 417 (%44) bebek, 26 haftadan önce doğurtulmuş olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Doğumda ortalama gebelik haftası, FBK grubunda FBK olmayan gruba göre istatistiksel anlamlılık içermemektedir (187 ve 185 gün; $P=0,024$). Canlı doğan bebekler arasındaki doğum ağırlığı ve plasenta ağırlığı, FBK grubunda, FBK olmayan gruba göre daha düşüktür (Tablo 1).

FBK ve FBK olmayan gruplar arasında fetal ölüm ve perinatal mortalite oranları farklı değildir (sırasıyla %5.0 - %5,4 ve %12 - %15) (Tablo 2). Yenidoğan yoğun bakım ünitesine (YDYBÜ) kabul edilen yenidoğanlarda düşük arteriyel kan basıncı, sürfaktan ve ventilatör tedavisi, RDS, NEK ve şiddetli ROP tedavi oranları ile ventilasyon süresi FBK ve FBK olmayan gruplar arasında farklılık göstermezken, steroid tedavisi oranları, BPD, septisemi ve ek oksijen gereksinimi FBK grubunda daha fazla saptanmıştır (Tablo 1). Şiddetli İVK, FBK grubunda FBK olmayan gruba göre önemli ölçüde daha az izlenmiştir ($P=0.008$). FBK grubundaki bebeklerin, FBK olmayan bebeklere göre YDYBÜ süresi 11 gün daha uzundur.

Table 1 Clinical characteristics of pregnancies and infants with early-onset fetal growth restriction (FGR) and absent or reversed end-diastolic flow in the umbilical artery and of background population of infants without small-for-gestational-age birth weight or any known fetal Doppler changes, delivered before 30 weeks' gestation

Variable	FGR (n = 139)	Non-FGR (n = 946)	P
Maternal age (years)	30 (17 to 43)	31 (15 to 46)	NS
Nulliparous	77 (55)	512 (54)	NS
Twin/triplet fetus	36 (26)	267 (28)	NS
Fetal death	7 (5)	51 (5)	NS
Gestational diabetes mellitus	2 (1)	15 (2)	NS
Any hypertensive disorder of pregnancy	67 (48)	62 (7)	< 0.001
Pre-eclampsia	57 (41)	60 (6)	< 0.001
Chorioamnionitis	0	166 (18)	< 0.001
Preterm prelabor rupture of membranes	4 (3)	314/937 (34)	< 0.001
Placental abruption	1 (1)	119 (13)	< 0.001
Antenatal steroids	124/129 (96)	746/819 (91)	NS
Gestational age at birth (days)	187 (164 to 209)	185 (154 to 209)	0.024
Gestational age at birth < 26 weeks	56 (40)	417 (44)	NS
Mode of delivery			
Cesarean section	133 (96)	551 (58)	< 0.001
Vaginal delivery	6 (4)*	395 (42)	< 0.001
Liveborn infants			
n	132	895	
Male sex	73/132 (55)	509/895 (57)	NS
Birth weight (g)	630 (340 to 1165)	950 (470 to 2194)	< 0.001
Birth-weight Z-score	-3.03 (-5.16 to 0.99)	0.51 (-2.0 to 4.63)	< 0.001
Placental weight (g)	240 (127 to 888)	370 (94 to 1045)	< 0.001
Non-lethal malformation	31/132 (23)	93/895 (10)	< 0.001
5-min Apgar score < 7	40/132 (30)	386/895 (43)	0.006
5-min Apgar score < 4	7/132 (5)	81/895 (9)	NS
Umbilical artery pH < 7.10	2/49 (4)	20/373 (5)	NS
Umbilical artery base excess < -12 mmol/L	3/49 (6)	14/373 (4)	NS
Infants admitted to NICU			
n	130/132	858/895	
Need for surfactant	95/130 (73)	600/858 (70)	NS
Treatment for low arterial blood pressure	63/120 (53)	328/750 (44)	NS
Ventilation	103/130 (79)	619/858 (72)	NS
Duration of ventilation (days)	10 (1 to 47)	7 (1 to 145)	NS
Postnatal steroids	54/122 (44)	264/787 (34)	0.027
Respiratory distress syndrome	113/130 (87)	695/858 (81)	NS
Bronchopulmonary dysplasia	86/114 (75)	363/739 (49)	< 0.001
Duration of oxygen requirement (days)	76 (1 to 551)	61 (1 to 480)	0.01
Septicemia	58/128 (45)	289/845 (34)	0.017
Late-onset septicemia	54/128 (42)	258/845 (31)	0.011
Necrotizing enterocolitis	10/130 (8)	37/855 (4)	NS
IVH/PVHI	5/128 (4)	97/842 (12)	0.008
Severe ROP (Stage ≥ 3)	10/115 (9)	85/744 (11)	NS
ROP requiring treatment	6/115 (5)	52/744 (7)	NS
Length of stay in NICU (days)	100 (1 to 312)	89 (1 to 485)	0.002

Data are presented as median (range), n (%) or n/N (%). *All cases were stillborn. IVH, intraventricular hemorrhage; NICU, neonatal intensive care unit; NS, not significant; PVHI, periventricular hemorrhagic infarction; ROP, retinopathy of prematurity.

Uzun dönem sonuçlar

Canlı doğan ve YDYBÜ'ne kabul edilenlerde FBK ve FBK olmayan gruplar 2 yıllık sağ kalım oranları arasında fark yoktur (Tablo 2). 2 yaşına kadar hayatta kalan 760/847 (%90) çocuklarda bilişsel değerlendirmeye ilişkin veriler mevcuttur. Buna göre 404/847 (%48) çocukta Bayley II veya III/WPPSI-III/WISC ile resmi gelişimsel/bilişsel değerlendirmeler yapılmış ve 356/847 (%42) çocukta bir nörolog/neonatolog tarafından klinik değerlendirme yapılmıştır. 2 yaşından sonra değerlendirilen çocukların nörogelişimsel gerilik (NGG) olmadan sürvi oranı FBK grubunda daha düşük olarak saptanmıştır.

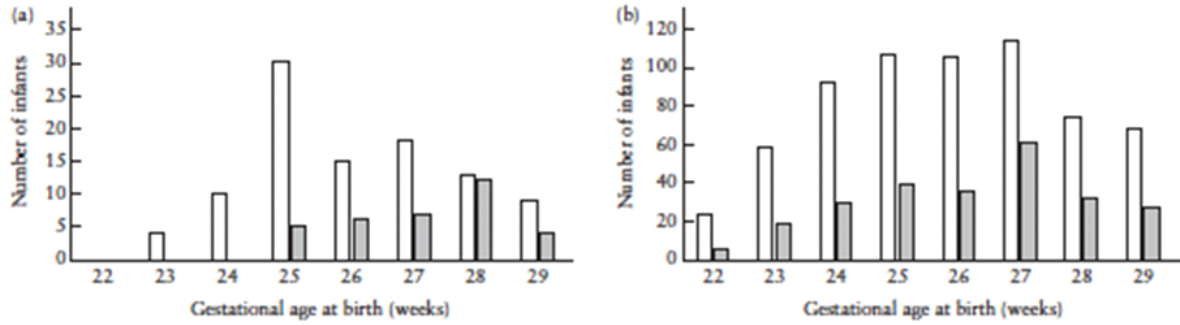


Figure 2 Frequency of live birth in singleton (□) and twin/triplet (■) pregnancies with early-onset fetal growth restriction and absent or reversed end-diastolic flow in the umbilical artery (n = 132) (a) and pregnancies without small-for-gestational-age birth weight or any known fetal Doppler changes (n = 895) (b), delivered before 30 weeks' gestation, according to gestational age at birth.

Table 2 Mortality and survival in pregnancies with early-onset fetal growth restriction (FGR) and absent or reversed end-diastolic flow in the umbilical artery and in pregnancies without small-for-gestational-age birth weight or any known fetal Doppler changes, delivered before 30 weeks' gestation

Variable	FGR (n = 139)	Non-FGR (n = 946)	P
Fetal death	7 (5)	51 (5)	NS
Perinatal mortality*	17 (12)	141 (15)	NS
Overall mortality†	30 (22)	208 (22)	NS
Survival at 2 years in liveborn infants	109/132 (83)	738/895 (82)	NS
Survival at 2 years in infants admitted to NICU	109/130 (84)	738/858 (86)	NS
Survival without NDI in infants assessed at and/or after 2 years of age‡	64/104 (62)	543/656 (83)	< 0.001

Data expressed as n (%) or n/N (%). *Perinatal mortality included fetal death and death within the first week postpartum. †Overall mortality included fetal death and postnatal death up to 2 years of age. ‡Neurodevelopmental impairment (NDI) was defined as cerebral palsy (Gross Motor Function Classification System level > 2), cognitive delay, severe hearing impairment and/or blindness. NICU, neonatal intensive care unit; NS, not significant.

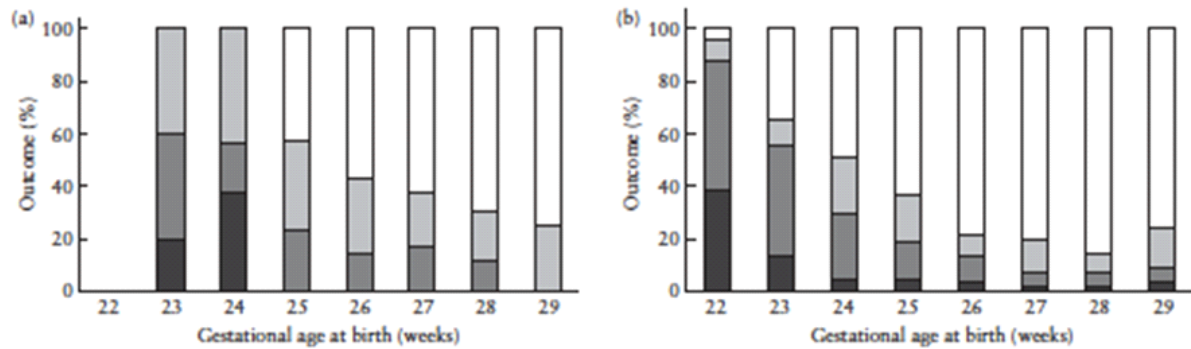


Figure 3 Outcome of infants with early-onset fetal growth restriction and absent or reversed end-diastolic flow in the umbilical artery (n = 139) (a) and in infants without small-for-gestational-age birth weight or any known fetal Doppler changes (n = 946) (b), delivered before 30 weeks' gestation, according to gestational age at birth. ■, stillbirth; ■, postnatal death; □, neurodevelopmental impairment (NDI);

Her iki grup arasında NGG olmadan sürvi doğumda GH ile pozitif korelasyon göstermiştir. FBK grubunda, NGG olmadan sürvi oranı 23-24 haftada doğan çocuklar için %0'dan, 29 haftada doğanlar için %75'e yükselmiştir. Lojistik regresyon analizine göre FBK olan fetüslerde 5. dk Apgar skorunun <7 olması, BPD ve NGG riskini artırırken, doğumda GH'nın ve doğum ağırlığının artması riski azaltmıştır (Tablo 3) (Şekil 3). 2 yaşından sonra SP prevalansı, FBK ve FBK olmayan gruplar arasında farklılık göstermemiştir (%7'ye karşı %8) (Tablo 4). FBK

grubunda bilişsel gecikme, dikkat eksikliği bozukluğu ve işitme bozukluğu oranları FBK olmayan gruba göre daha yüksek bulunmuştur.

Doppler velosimetrelerine göre sonuçların karşılaştırılması

Canlı doğan bebeklerde 2 yıllık sürvi, AEDF'de REDF grubuna göre daha yüksektir (%89 vs %68; $P=0,006$) (Tablo S3). SP, bilişsel gecikme ve büyüme geriliği oranları iki grup arasında farklı bulunmamıştır. AEDF ve REDF grupları arasında değerlendirilen bebeklerde NGG olmadan hayatta kalanların oranında da anlamlı bir fark bulunmamıştır (%58 vs %71). Doğumdan önceki son muayenede, REDF'li fetüslerin %31'inde DV'deki a dalgası kaybı veya ters akım varken; AEDF grubunda bu oran %18 olup anlamlı bulunmamıştır. Patolojik DV akış paterni olan fetüslerin genel ve doğum sonrası mortalite oranları önemli ölçüde daha yüksektir, REDF ve AEDF'li alt gruplar arasında ise fark bulunmamıştır. NGG ve DV bulguları arasında ilişki yoktur. Patolojik FKH traseleri, AEDF grubunda (%41), REDF grubuna (%22) göre önemli ölçüde farklı değildir. FKH bulguları ile mortalite veya NGG arasında hiçbir ilişki bulunmamıştır.

Table 3 Association between perinatal/neonatal factors and the risk for neurodevelopmental impairment at or after 2 years of age in infants with early-onset fetal growth restriction and absent or reversed end-diastolic flow in the umbilical artery delivered before 30 weeks' gestation

Variable	Odds ratio (95% CI)		
	Crude	Adjusted for gestational age	Multivariate model
Gestational age at birth (in days)	0.93 (0.89–0.97)	—	0.95 (0.89–1.02)
Birth weight (in g)	0.997 (0.994–0.998)	1.0 (0.99–1.00)	1.0 (0.996–1.003)
5-min Apgar score < 7	4.33 (1.72–10.9)	3.90 (1.46–10.41)	4.04 (1.49–10.96)
Bronchopulmonary dysplasia	3.2 (1.09–9.27)	1.55 (0.47–5.11)	1.99 (0.54–7.34)

Odds ratios were obtained from logistic regression analysis (crude, adjusted for gestational age and a multivariate model including all perinatal factors listed in the table). Neurodevelopmental impairment was defined as cerebral palsy (Gross Motor Function Classification System level > 2), cognitive delay, severe hearing impairment and/or blindness.

Table 4 Neurodevelopmental and growth outcomes of survivors ≥ 2 years of age from pregnancies with early-onset fetal growth restriction (FGR) and absent or reversed end-diastolic flow in the umbilical artery and from pregnancies without small-for-gestational-age birth weight or any known fetal Doppler changes, delivered before 30 weeks' gestation

Outcome	FGR (n = 109)	Non-FGR (n = 738)	P
Cerebral palsy	8/108 (7)	55/706 (8)	NS
Cognitive delay*	35/105 (33)	72/650 (11)	< 0.001
Autism spectrum disorder	9/94 (10)	34/609 (6)	NS
Attention deficit hyperactivity disorder	19/88 (22)	51/498 (10)	0.002
Hearing impairment	9/106 (8)	26/670 (4)	0.043
Registered at Pediatric Habilitation Care Service	29/108 (27)	112/707 (16)	0.007
Growth failure at 2 years†	62/94 (66)	121/605 (20)	< 0.001

Data expressed as n/N (%). *Cognitive delay diagnosis was based on clinical evaluation by a pediatric neurologist or neonatologist in 34% and 42% of cases in the FGR and non-FGR groups, respectively, and on formal assessment of neurocognitive development in 62% and 46% of cases in the FGR and non-FGR groups, respectively. In those cases, cognitive delay was defined as Bayley II score < 70, Bayley III score < 85 or Wechsler full scale IQ < 70. †Defined as weight > 2 SD below the mean.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, erken başlangıçlı FBK ve umbilikal arter AREDF'si olan hem tekil hem de ikiz/üçüz gebelikler, esas olarak umbilikal arter Doppler bulgusuna dayalı olarak, aktif yaklaşım ile 30. gebelik haftasından önce doğurtulmuştur. Çalışmanın sonuçlarına göre, FBK grubundaki patolojik umbilikal arter Doppleri bulunan fetüslerin sürvi oranları yüksek olup (139 fetüsün %78'i; 132 canlı doğumun %83'ü), 946 FBK olmayan kontrol

TJODist Bülteni

grubu ile karşılaştırıldıklarında, önemli ölçüde farklılık bulunmamıştır. 2 yılda NGG olmadan sürvi oranı FBK grubunda %62, FBK olmayan grupta %83'tür. Her iki grupta da sekelsiz sağkalım oranı doğumdaki gebelik haftası ile doğru orantılı bulunmuştur. Ayrıca 25. gebelik haftasından önce doğumlar FGR grubunda sekelsiz sağkalım olmamıştır, çalışmada, FBK olan tekil ve ikizler/üçüzler arasında farklılık göstermediği vurgulanmıştır.

AREDF bulunan ciddi preterm FBK olgular hakkında yapılan çalışmaların dizaynlarındaki farklılıklar, güncel çalışmanın yorumlanmasını zorlaştırmaktadır. Bununla birlikte, literatür, bu çalışmadaki FBK bulunan yenidoğanların perinatal sonuçları kısmen daha iyi olup, karşılaştırılabilir. Avrupa'daki çok merkezli TRUFFLE çalışmasında 503 FBK bulunan gebelikte, 26. haftadan sonra sağkalım oranı %92 ve sekelsiz sürvi oranı %82 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada AREDF'li 209 fetüsün sonucu ayrı olarak bildirilmemiş ve TRUFFLE çalışmasının protokolünde 30. gebelik haftasına kadar olan anormal umbilikal arter Doppler bulguları göz ardı edilmiştir. 26-29.haftalarda doğurtulan fetüsler arasında ise vakaların %6.5'i ölü doğum ile sonuçlanmıştır ve genel ölüm oranı %17 bulunmuştur. Güncel çalışmada ise 26-29. haftalarda intrauterin ölüm olmazken, genel mortalite oranı %9 ve NGG olmadan sürvi %72 bulunmuştur. Her iki çalışma, farklı dizaynları nedeniyle doğrudan karşılaştırılamamak ile birlikte, umbilikal arter Doppler'ine dayalı aktif yönetimin olumsuz perinatal sonuçlara neden olmadan, fetal ölümü önleyebileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Güncel çalışmadaki FBK bulunan yenidoğanların, FBK olmayan yenidoğanlara göre daha iyi neonatal adaptasyona sahip bulunmasının sebebi, tüm FBK'lı fetüslerin sezaryen ile doğurtulması ile açıklanabilir. FBK olmayan gruba göre FBK'nda daha fazla BPD ve septisemi, daha az şiddetli IVK bulunmasına rağmen, diğer sonuçlar iki grupta benzerdir. IVK' nın FBK'lı grupta daha sık bulunması, maternal preeklampsi ile ilişkili olabilir. Bu çalışmada GH ve doğum ağırlığının artması, NGG riskini azaltırken, ancak BPD ve 5. dk Apgar skoru <7, NGG riskini arttırdığı gösterilmiştir. Bu, BPD'nin olumsuz NGG sonucu üzerinde güçlü bir etkisi olduğunu bulan bir meta-analiz ile uyumludur. Ancak, GH için düzeltme yapıldıktan sonra, güncel çalışmada BPD ve NGG arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (Tablo 3).

Çalışmadaki kısıtlılıklar, AREDF ile çok erken başlangıçlı FBK'nın son derece nadir olması, uzun bir dönemi kapsayan verilerin dahil edilmiş olması, bu süreçte meydana gelen klinik uygulamadaki değişiklikler ve retrospektif dizayn edilmiş gözlemsel bir çalışma olmasıdır. Bununla birlikte, çalışmada NGG olmadan sürvi oranı, diğer çalışmalar ile uyumludur. Doğum sonrası takip tüm çocuklarda resmi olarak değerlendirilmemiştir ve aynı yaşta yapılmamıştır; bu, yaşa bağlı eşik değerleri ve klinik kayıtlara dayalı bilgileri kullanarak NGG'yi tanımlanmasına neden olmuştur ve bir dezavantajdır. Aynı şekilde ikiz ve üçüz gebeliklerde koryonisite tayini güvenilir bilgilere dayalı olarak yapılmamıştır.

Çalışmanın en önemli sonucu, modern bir Düzey-3 perinatal merkezde aktif ve oldukça tek tip obstetrik yaklaşım ile (antenatal kortikosteroidler, sezaryen) yönetim uygulanmış olmasıdır. Antenatal Doppler değerlendirmesi uzmanlarca yapılmıştır ve çok yüksek standartta yenidoğan yoğun bakım desteği verilmiştir. AREDF bulunan erken başlangıçlı şiddetli FBK'nda proaktif obstetrik yönetim, doğumda ciddi preterm olmalarına rağmen daha az hipoksik olan bu bebeklerin aktif yönetilmesini savunan neonatologlar için uygun bir tutumdur.

SONUÇ

Çalışmanın bulguları şiddetli FBK ve umbilikal arter Doppleri'nde AREDF'si olan ciddi preterm fetüslerin proaktif yönetilmesinin kısa vadeli sonuçlarının, FBK olmayan kontrol gruplarına benzer olduğunu göstermektedir. Ancak, çalışmanın tasarımı nedeniyle elde edilen bulgular kesin değildir. Uzun dönem NGG oranı, özellikle 26. gebelik haftasından önce doğan bebeklerde, FBK grubunda kontrollere göre daha yüksek bulunmuştur. Mevcut sonuçlar, umbilikal arter AREDF'li preterm yenidoğanların, konservatif yaklaşımdan ziyade proaktif yönetimden fayda görebileceğini ve umbilikal arter Doppler bulgularının, gebeliğin çok erken dönemindeki vakalar için klinik protokollere dahil edilebileceği hipotezini desteklemektedir.

MİDÜRETRAL SLİNGLER VE AĞRININ GİZEMİ

MIDURETHRAL SLINGS AND THE MYSTERY OF PAIN G. A. DIGESU, ALKA A. BHIDE, STEVEN SWIFT
INTERNATIONAL UROGYNECOLOGY JOURNAL, 2022

Özetleyen: Dr. Serdar Aydın

Link: <https://doi.org/10.1007/s00192-022-05192-8>

Midüretal slingler (vajinal askılar) (MUS), stres üriner inkontinansı tedavi etmek için retropubik (TVT) veya transobturator (TOT) yolla yerleştirilebilir. İyi belgelenmiş uzun vadeli etkinliğe rağmen, literatürde vajinadan dışarı çıkma, erozyon, disparoni, işeme güçlükleri, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, kanama ve ağrı gibi tümü seyrek görülen ve genellikle kolayca yönetilebilen çeşitli komplikasyonlar bildirilmiştir.

MUS' un komplikasyonları ilk olarak 1998'de piyasaya sürülmesinin hemen ardından belgelenmiştir. Bununla birlikte, son 3 ila 5 yılda medyada yer alan haberler, birçok ülkede hükümetlerin dikkatini çekti ve bu da MUS' un bu ülkelerdeki pazarlardan çekilmesine yol açtı. Bu tür kararlar klinik olmaktan çok politiktir ve kadınları iyi belgelenmiş minimal invaziv etkili idrar kaçırma tedavisinin yararlarından uzaklaştırmıştır. Bu kararlar, birçok klinisyenin tedavi seçeneğini kısıtlayarak, Burch kolposüspansiyonu ve/veya otolog fasyal askılar gibi daha invaziv, başarının sınırlı, biraz modası geçmiş seçeneklere yönlendirdi.

Ne yazık ki, yönetim klinisyenleri bu durumla yalnız bıraktı ve inkontinanslı kadınların çoğu hayal kırıklığına uğradı ve net bir cevap alamadı. En sık sorulan soru “bu nasıl ve neden oldu?” MUS operasyonu, bilimsel literatürde rapor edilen güvenlik verilerinin yanı sıra 17 yıllık uzun vadeli etkinliği ile bugüne kadar en çok çalışılan anti-inkontinans prosedürüdür. Ayrıca, bugüne kadar dünya çapında 10 milyondan fazla kadına MUS uygulanmıştır.

Ürojenekoloji alanın

da tanınmış bir uzman ve kanaat önderi olan Profesör Linda Cardozo, 2018'de BJU'da yayınlanan ilginç bir başyazıda “TVT' lerin neden birdenbire itibarını yitirdiğini” sorguladı ve pek çok kadının ve sağlık danışmanlarının kesinlikle yanılıyor olamayacağı gerçeğinin altını çizdi.

İngiliz Ürojenekoloji Derneği (BSUG), İngiliz Ürolojik Cerrahlar Birliği (BAUS), NHS İngiltere, İskoç Bağımsız İncelemesi (SIR), Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (NICE), Uluslararası Ürojenekoloji Derneği (IUGA), Amerikan Ürojenekoloji Derneği (AUGS), Amerikan Üroloji Derneği (AUA), Ürodinami ve Kadın Pelvik Tıp ve Ürogenital Rekonstrüksiyon Derneği (SUFU), Kraliyet Avustralya ve Yeni Zelanda Kadın Doğum ve Jinekologlar Koleji (RANZOG), Avrupa Üroloji Derneği (EAU), Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Kongresi (ACOG), Gelişmekte Olan ve Yeni Tanımlanmış Sağlık Riskleri Bilimsel Komitesi (SCENIHR) ve ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) gibi ulusal ve uluslararası tüm bilimsel organizasyonlar, MUS' un kadın stres inkontinans tedavisindeki etkinliğini, güvenliğini ve önemli klinik rolünü tekrar vurguladılar.

Buna rağmen, birçok ülkede hükümetler MUS kullanımını ardı ardına durdurmaya devam etti. İngiltere'de bölgesel meş çıkartılma merkezleri oluşturulmaya başladı. Bir grup vokal kampanyacı tarafından ortaya çıkarılan ve basın tarafından körüklenen yüksek komplikasyon oranı algısı, kadın idrar kaçırma alanındaki klinik kanıtların ve ulusal ve uluslararası bilimsel profesyonel dernek tavsiyelerini bastırdı.

Ameliyat sonrası kalıcı pelvik ağrı, MUS ambargosuna yol açan itici faktör olmuştur. MUS yerleştirilmesinden sonra ürogenital ağrı insidansı %0-30 arasında değişmektedir. MUS içindeki polipropilen protez materyalinin, ağrıdan sorumlu olabilecek periprostetik retraksiyon fenomen ve inflamatuvar reaksiyon riski ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür.

TJODist Bülteni

Bununla birlikte, ağrı MUS' u yasaklamanın ana nedeniyse (polipropilenden veya diğer cerrahi tekniklerden), bu durumda hem Burch kolposüspansiyonunda, polipropilen sütürler sıklıkla askı ve yerleştirme bileşeni olarak kullanıldığından, hem de otolog fasya askılarında, benzer ameliyat tekniği kullanıldığından kaçınılmalıdır.

Ağrı, damar, sinir ve/veya organ hasarının sonucudur. Anatomik olarak birçok kan damarı, obturator fossada olduğu gibi Retzius boşluğundan geçer. Burch kolposüspansiyonu yapıldığında ileopektineal ligamanlara sütürlerin yerleştirilmesi sırasında veya fasyal veya polipropilen askı yerleştirilmesi sırasında trokarların geçişi sırasında bu damarların hasar görme riski vardır ve sadece şansa bağlıdır. Bu, her iki prosedürde de hematoma oluşumuna ve ağrıya neden olabilir.

Kalıcı postoperatif ağrı aynı zamanda Burch kolposüspansiyonunun iyi tanımlanmış bir komplikasyonudur ve 2002'de doğrudan ileopektineal ligamentler üzerinde inatçı suprapubik ağrıyı tanımlamak için "post-kolposüspansiyon sendromu" teriminin kullanılmasına yol açmıştır. Bunun nedeni kolposüspansiyonu takiben osteitis pubis gelişme riskinin artması, obturator sinir ile ameliyat alanı arasındaki topografik yakınlık nedeniyle obturator sinirin tahriş olmasıdır. Ayrıca, bilimsel literatürde, yaklaşık 20-50 kadından 1'inin kolposüspansiyondan sonra seksüel rahatsız edici veya ağrılı bulduğunu bildirilmiştir.

Sinir yaralanması, pudental, ilioinguinal ve iliohipogastrik sinirlerin en fazla risk altında olduğu tüm anti-inkontinans prosedürleri için yine bir risktir. Pudental kanaldaki pudental sinir, perineal sinir ve klitoris dorsal siniri (DNC) olarak ikiye ayrılır. Anatomik çalışmalar, DNC'nin klitoris iki kabuğunun birleşmesinde ve klitoris gövdesinin dorsal yüzeyinde kasık simfizi altında cerrahi olarak yaralanabileceğini belirlemiştir. Sentetik veya otolog yanlı askı yerleşimi bu nedenle DNC'nin sıkışması/yaralanması nedeniyle ağrıya neden olabilir.

Sonuç olarak, ağrı nedeniyle MUS terk edilecekse, Burch kolposüspansiyonunun yanı sıra otolog fasyal slingler de yasaklanmalı mı? Cerrahi yaklaşım çok benzer ve intraoperatif sinir ve vasküler yaralanmaların potansiyel riski aynıdır ve her ikisinin de sentetik bileşenleri aynıdır, peki hükümetler birine nasıl izin veriyor ve diğerine izin vermiyor? Bu iş buralara kadar geldiyse, hükümetler kolposüspansiyon sırasında polipropilen sütür kullanımını yasaklamayı düşünmelidir.

MUS' un tamamen veya kısmen çıkarılması genellikle ameliyat sonrası ağrının sonucu olsa da, göz önünde bulundurulması gereken sonraki konu, SÜİ' nin tekrarlanması durumunda ne yapılması gerektiğidir. Önerilen "kurtarma" prosedürü otolog fasyal askı ise, bunun orijinal çıkarma endikasyonu olduğu kohortta pelvik ağrının tekrarlama riski var mı?

Mantığımızın bir kısmı en iyi ihtimalle bulanık ve bazı önerilerimiz bir miktar tuz ve biraz mizah ile alınmalıydı, ancak bize göre klinisyenler ve hastalar (hükümetler değil) mevcut en iyi kanıtlara göre bakımları hakkında bilinçli kararlar vermelidir. Hükümetler, medya, sesini yükselten kampanyacılar ve hukuk firmaları bize göre müdahale etmemelidir.

Daha önce belirtildiği gibi, FDA, MUS' un etkinliğini, güvenliğini ve önemli klinik rolünü tekrarladı ve polipropilenin son 50 yılda çoğu cerrahi alt uzmanlıkta güvenli ve etkili bir şekilde kullanıldığını kabul etti. Bu nedenle, bazı milletvekillerinin, avukatların ve kampanya yürütücülerinin ve "anti-meş" sağlık hizmeti sunucularının görüşlerine saygıyla katılmıyoruz ve literatürde bildirilen verilere dayanarak, stres üriner inkontinans için polipropilen MUS kullanımının etkili ve güvenli kabul edilmesi gerektiğine inanıyoruz.

Prof. Linda Cardozo, 2018 yılında, BJU' da yayınlanan başyazısında "TVT, stres üriner inkontinans nedeniyle ameliyat olmak isteyen kadınlara bir seçenek olarak sunulmaya devam etmelidir" sonucuna varmıştır. Dört yıl sonra hiçbir şey değişmedi. Midütretral askılar birçok ülkede bir hatıra olarak kalıyor ve kadınlara tek seçenek olarak daha invaziv ameliyatlar kalıyor.

JİNEKOLOJİK KANSERLERDE GÜNCEL VE GELECEK DURUMLAR

THE CURRENT AND FUTURE STATES OF SCREENING IN GYNECOLOGIC CANCERS. LEE J, NAIR N. OBSTET GYNECOL CLIN NORTH AM. 2021 DEC;48(4):705-722. DOI: 10.1016/J.OGC.2021.06.001

Özetleyen: Dr. Engin Çelik

Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34756291>

Giriş:

Jinekolojik kanserler kadın kanserlerinin yaklaşık %10-15'ini oluşturmaktadır. Bu makalede güncel ve gelecekte oluşturulacağı düşünülen tarama stratejileri ile kanserlerin önlenmesi ve erken tanıma yöntemleri tartışılacaktır.

Uterus Kanseri:

Amerika'da en sık görülen kanser olup 2030 yılına gelindiğinde kadınlarda kolon kanserini geçerek en sık üçüncü kanser olacağı düşünülmektedir. Genelde endometrium kanseri iki tipe ayrılmaktadır. Tip 1 kanserler düşük gradlı ve genelde erken evrede tespit edilen ve iyi prognoza sahip olan kanserlerdir. Karşılanmamış estrojene maruziyete bağlı olduğu düşünülmektedir. Tip 2 kanser ise yüksek gradlı kanserler olup kötü prognoza sahiptirler. Atrofik endometrium zemininden gelişmektedir.

Sarkomlar ise myometriumdan kaynaklanmakta ve tüm uterus kanserlerinin sadece %7'sini oluşturmaktadır. Sarkomlar için bilinen bir tarama yöntemi bulunmamaktadır.

Genel popülasyonda endometrium kanserinin önlenmesi

Endometrium kanserinin erken belirtilerinin öğretilmesi (postmenopozal kanama, anormal uterin kanama), obezitenin engellenmesi (bariatrik cerrahi), kombine oral kontraseptifler, levonorgestrelli mirena kanser önlenmesinde kullanılan yöntemlerdir.

Karşılanmamış estrojen

Vücut kitle indeksinin 40'ın üzerinde olması kanser riskini 10 kat arttırmaktadır. Endometrium kanserlerinin yaklaşık %30-40'nın obeziteye bağlı olduğu düşünülmektedir. Yağ dokusundan salgılanan adipokininler, enflamasyon, hiperinsülinemi ve seks steroid hormonları altta yatan nedenler olduğu tahmin edilmektedir. Polikistik over sendromu da kanser riskini arttırmaktadır. Tamoksifen endometriumda agonist olarak etki etmektedir. Beş yıllık kullanım 2.2 kat endometrium kanser riskini arttırmaktadır.

Genetik varyantlar

Endometrium kanserlerinin yaklaşık %3-5'i kalıtsal varyantlara bağlı olmaktadır. Lynch sendromu endometrium kanserlerinin kalıtsal en sık nedenidir. Otozomal dominant olup MLH1, MSH2, MSH6 ve PMS2 genlerinde mutasyona bağlı oluşmaktadır. Lynch sendromu hayat boyu %50 endometrium kanser geliştirme riskine sahiptir.

Düşük riskli bireylerde tarama

Endometrium kanserlerinin yaklaşık %75'i erken evrede teşhis edilmekte ve 5 yıllık sağkalımı %90'ların üzerinde olmaktadır. Postmenopozal kanamaların yaklaşık %9 nedeni kanserlerdir. Erken evrede kadınların %90'ı semptomatik olduğu için asemptomatik düşük riskli bireylerde tarama önerilmemektedir.

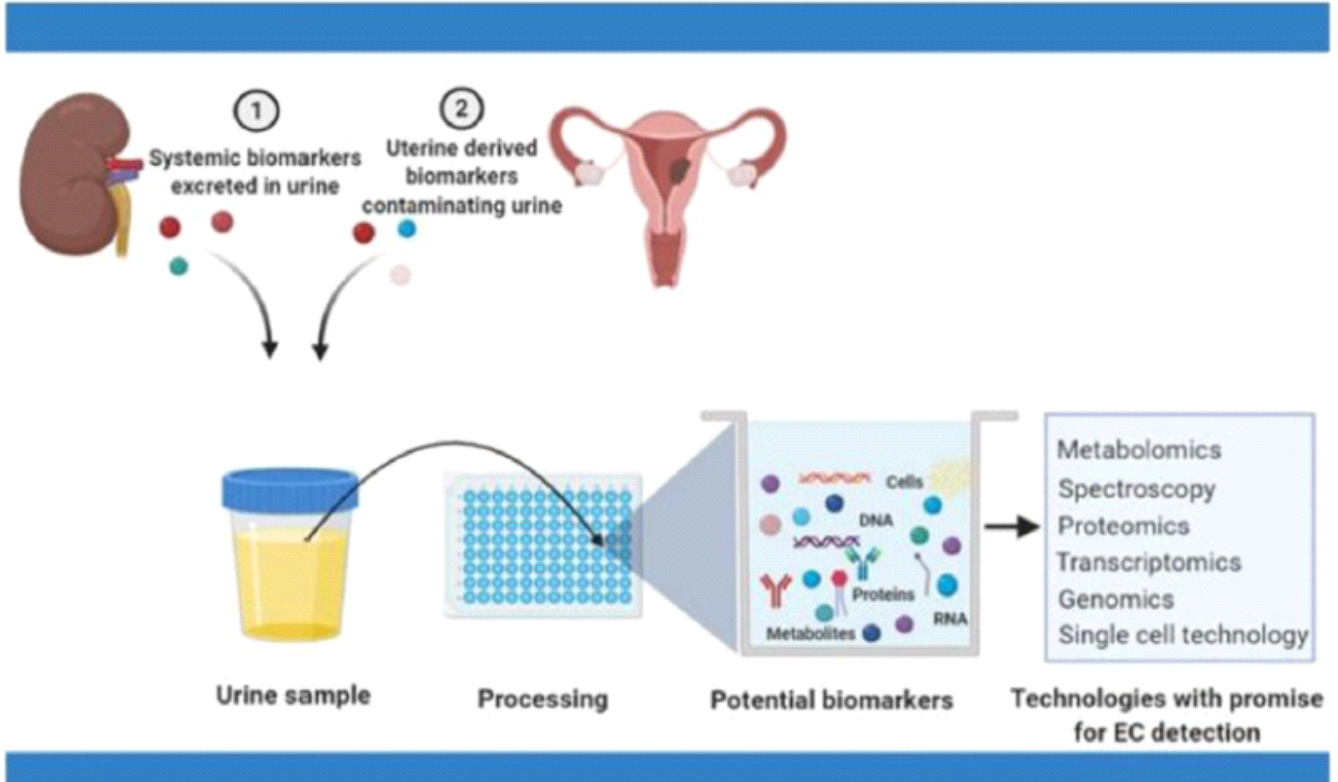
TJODist Bülteni

Yüksek riskli bireylerde tarama

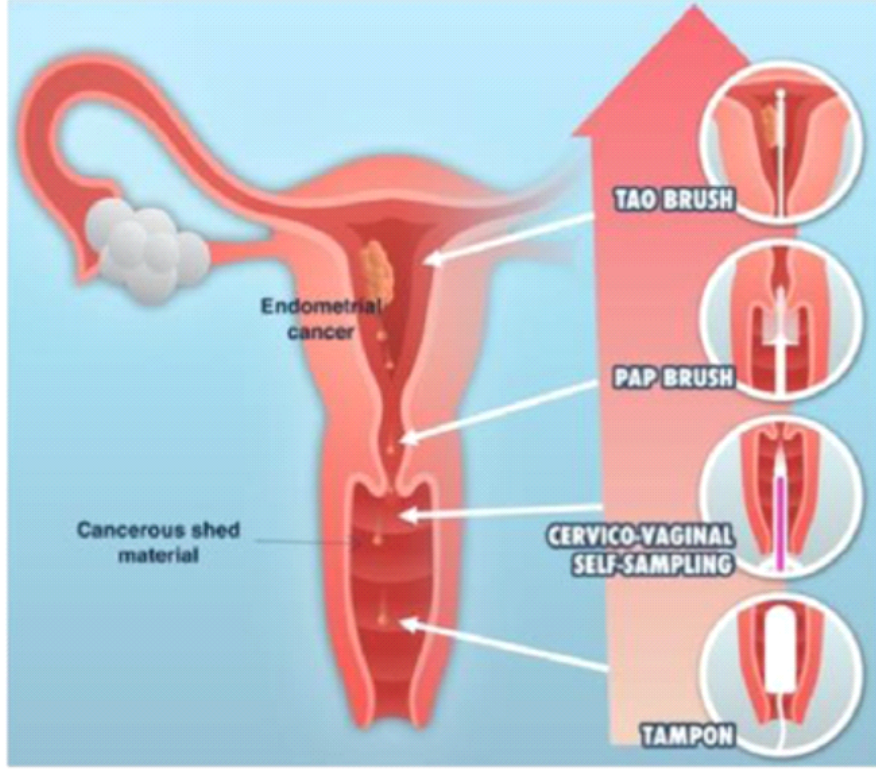
Lynch sendromlu hastalarda endometrial kanser taramasının yararı henüz gösterilememiştir. Hastalığın semptomları bireylere anlatılmalıdır. 30 ile 35 yaşından başlayarak 1-2 yıl arayla endometrial biyopsilerde önerilmektedir.

Gelecekteki yönelimler

1970'lerde bu yana endometrium kanserinin aksine çoğu kanserde sağ kalımlar arttığı gözlenmektedir. Bu da yeni tedavi yöntemleri bulunması yanında daha iyi önleme ve tarama stratejilerinin de oluşturulması gerektiğini göstermektedir. Endometrial biyopsi kanser teşhisinde yüksek sensivite ve spesifiteye sahip olsa da invaziv bir yöntemdir. Endometrial hücreler özellikle anormal uterin kanaması olanlarda idrarda izole edilebilir ve sitolojik yada serbest tümör DNA (ctDNA) yöntemleri ile teşhis edilebilir. Bir çalışmada histerektomiden 30 dakika önce vajene konulan tampon DNA metilasyon belirteçleri ile incelenmiş ve kanserli hastalarda yüksek metilasyon seviyeleri tespit edilmiştir. PAP smear testlerinde CA125 seviyeleri ölçüldüğünde endometrium kanserli hastalarda yükselmiş olarak saptanmıştır. Uterin lavaj veya endoservikal örneklerde total proprotein konvertaz aktivitesi yüksek bulunmuş aynı zamanda PCR bazlı bir çok çalışmada genetik anormallikler tespit edilmiştir.



TJODist Bülteni



Over kanseri

Bir kadının hayat boyu over kanseri geliştirme riski 1/78 olarak hesaplanmaktadır. En öldürücü jinekolojik kanserdir. Amerika'da kansere bağlı ölümlerde 5. Sırada bulunmaktadır.

Genetik varyantlar

Over kanserlerinin yaklaşık %15-25 nedeni genetik varyantlardır. En sık kalıtsal neden BRCA1 ve BRCA2 mutasyonlarına bağlıdır. Diğer genetik varyantlar BRIP1, PALB2, RAD51C, RAD51D, RAD15D ve Lynch sendromudur. Aile hikayesinde BRCA mutasyonu veya Lynch sendromunu düşündürecek hikaye bulunanların germline mutasyon analizi için genetik konsültasyon önerilmektedir.

Düşük riskli bireylerde tarama

Birleşik devletler hastalık önleme görev gücü (USPSTF) asemptomatik olan ve kalıtsal kanser riski yüksek olmayan kadınlarda over kanseri taramasını önermemektedir. Prostat akciğer kolorektal ve over kanseri tarama çalışması (PLCO trial) 55-74 yaş arası kişilerin tarandığı çalışmada yıllık TV USG ve Ca125 seviyelerine bakılarak yapılan taramanın over kanser insidansında ve kanser tanı evresinde herhangi bir farklılık yaptığı saptanmamıştır. Birleşik krallık over kanseri tarama (UKCTOCCS) çalışmasına 200000 50-74 yaş arası kadın dahil edilmiştir. Kadınlar 1) tarama yapılmayan 2) ROCA analizi (ca125 anormalse TV USG) 3) yıllık TV USG ile tarama olarak üç gruba ayrılmıştır. Over kanseri insidansı üç grupta da benzer bulunmuştur. ROCA analizi ile hastalar daha erken evrede tanı almasına rağmen sağ kalım üç grupta da aynı bulunmuştur. Sonuç olarak tarama ile sağ kalımda yarar sağlanamazken yanlış pozitif sonuçlar nedeniyle gereksiz ameliyatlar yapılmaktadır.

TJODist Bülteni

Yüksek riskli bireylerde tarama

Yüksek riskli bireylerde taramanın yararını gösterir veriler bulunmamaktadır. NCCN 30-35 yaşından itibaren yıllık ca125 ve TV USG ile tarama önermektedir. Standard yaklaşık 35-45 yaş arası risk azaltıcı bilateral salpingooferektomi (RRSO) yapılmasıdır. Prospektiv ve gözlemsel çalışmalarda RRSO'nun BRCA mutasyonu olanlarda over kanseri riskini %80-85 oranında azalttığı gösterilmiştir. Birleşik krallık ailesel over kanseri tarama (UK FOCCS) çalışmasına kanser riski %10 olan 4348 kadın dahil edilmiştir. ROCA analizi ile 4 ay aralarla taranan kadınlarda teşhis edilen over kanserleri daha erken evrede olduğu tespit edilmiştir. Fakat sağkalıma etkisi saptanmamıştır.

NCCN BRCA1 mutasyonunda 35-40y, BRCA2 mutasyonunda 40-45y, BRIP1, RAD51C ve RAD51D de 45-50 yaşında RRSO önermektedir.

Gelecekteki yönelimler

Ca125 düşük spesiviteye ve düşük pozitif prediktif değere sahiptir. İnsan epididimis proteini 4 (HE4) over kanseri risk algoritmasında (ROMA) kullanılmaktadır. UKCTOCCS çalışmasında HE4 kullanımının ca125 ile elde edilen sonuçlara ek katkıda bulunmadığı görülmüştür.

İnvazif olmayan yöntemlerle tümör DNA sını elde edebileceğimiz iki kaynak bulunmaktadır: ctDNA (serbest DNA) ve serbest tümör hücreleri (CTCs). CTC'ler dolaşımında intakt olarak bulunan saflaştırılarak kan hücrelerinden ayrılabilen hücrelerdir. Yapılan çalışmalarda hastada tümör yükü arttıkça kanda ctDNA ve CTC'lerin miktrarı artmaktadır. CTC ve ctDNA'lar asemptomatik kadınlarda over kanseri taramasında kullanılması ile ilgili çalışma bulunmamaktadır. Tubalarda gelişen seröz tubal intraepitelial karsinomlar over kanseri prekürsörü olarak tanımlanmaktadır. Histeroskopik tubal lavaj veya laparoskopik değerlendirmenin bu lezyonları tespit edebildiği gösterilmiştir. PAP testinin genetik ve epigenetik olarak PCR bazlı çalışmalarda over kanseri hücreleri tespit edilebilmektedir.

Serviks kanseri:

Serviks kanseri etkin tarama yöntemlerinin kullanılması nedeniyle yıllar içinde görülme sıklığı azalmış bir tümör olmakla birlikte 2020 yılında Birleşik Devletlerde 13800 yeni serviks kanseri teşhis edilmekte ve 4290 ölüm olması beklenmektedir.

HPV enfeksiyonu

Serviks kanserinin bilinen sebebi HPV'dir. HPV enfeksiyonları cinsel ilişkinin ilk on yılında en sık gelişmekte ve bu enfeksiyonların çoğunluğu temizlenmektedir. Enfeksiyonların %10'dan azı persiste etmekte ve 5 ile 10 yıl sonra prekanseröz lezyonlar oluşmaktadır. Anahtar basamak HPV üzerindeki E6 ve E7 onkoproteinlerinin serviks hücrelerinde p53 ve Rb nin yıkımına neden olarak kanser gelişimine neden olmaktadır. Serviks kanserine en sık sebep olan tipleri 16, 18, 31, 33,35, 45,52 ve 58'dir.

Serviks kanserinin önlenmesi

PAP smear testi 1942'de ilk defa tanınmasından sonra servis kanserinde global olarak düşüş görülmektedir. Son kılavuzlarda serviks kanseri taraması HPV bazlı taramaya yönelmiştir. HPV aşısı ABD'de 2006 yılında onaylanmıştır. Günümüzde HPV aşısı 9 ile 45 yaş arası çocuk ve erişkinde kullanımı önerilmektedir.

Düşük riskli bireylerde tarama

Amerikan kolposkopi ve servikal patoloji derneği (ASCCP) son kılavuzunu 2019 yılında yayınlamıştır. Kılavuz HPV bazlı tarama ve CİN3 ve üstü lezyon gelişme riskine bağlı yönetim önerilmektedir. Amerikan kanser

TJODist Bülteni

derneği 25 ile 65 yaş arasında 5 yılda bir HPV bazlı taramayı önermektedir. HPV testi bulunmuyorsa 5 yıl arayla kotest veya 3 yıl arayla PAP smear testi ile tarama önerilmektedir. Pap smear testi daha düşük sensiviteye sahip olduğu için daha sıklıkla yapılması önerilmektedir.

Anormal tarama testinin yönetimi

Cin3 üzeri lezyon gelişme riskine göre sürvelans, kolposkopi veya tedavi seçenekleri uygulanmaktadır. Eğer anlık CİN3 üzeri lezyon olma olasılığı %4'ün üzerinde ise tedavi veya kolposkopi önerilmektedir, daha düşük risklerde ise sürvelans önerilmektedir.

Gelecekteki yönelimler

Serviks kanseri taraması spekulum muayenesi ile invaziv bir yöntemle yapılmaktadır. Örneğin kendisi tarafından toplanması (self-collection) değerlendirilmektedir. Çalışmalar kendisinin toplanması ile klinisyen tarafından toplanması arasında benzer sensivite tespit edilmiştir. İdrar bazlı HPV testi serviks ve vajina bazlı tarama ile benzer sonuçlar görülmüştür. Aşılama durumunun gelecekte tarama stratejilerini değiştirebileceği düşünülmektedir. HPV genotiplesi gelecekte oluşturulacak kılavuzlarda daha çok vurgulanacağı düşünülmektedir.

Vajinal kanser

Prime vajinal kanser çok nadir görülmektedir. Çoğu vajinal kanser metastaza bağlı oluşmaktadır. Vajinal kanserlerin %90'ı skuamöz hücrelidir. Yüksek gradlı servikal displazi öyküsü olmayan histerektomize hastalarda vajinal pap smear testi önerilmemektedir. Yüksek gradlı servikal lezyon hikayesi olan histerektomize kadınlarda 25 yıl daha tarama önerilmektedir.

Vulvar Kanseri:

Genital kanserlerden en az sıklıkla görülenidir (%5). En sık skuamöz hücreli (%95) kanserler görülmektedir. Lokalize hastalıkta sağ kalım %86 olarak görülmektedir. Olağan tip vulvar intraepitelyal neoplaziler (VIN) HPV'ye bağlı gelişmektedir. Tedavi edilmez ise %80 olasılıkla kansere ilerleme görülmektedir. Differansiye tip VIN ise liken skleroz temelinde gelişmektedir. Günümüzde önerilen tarama yöntemi bulunmamaktadır.

Cancer Type	Group	Recommendation
Ovarian cancer	All	Education on signs and symptoms of ovarian cancer
		Review of family history to identify candidates for genetic testing
		No screening in asymptomatic low-risk women
	BRCA1 carriers	Consider high-risk screening with serial CA-125 and TVUS from age 30 y
		Risk-reducing salpingo-oophorectomy between 35 and 40 y
	BRCA2 carriers	Consider high-risk screening with serial CA-125 and TVUS from age 30 y
		Risk-reducing salpingo-oophorectomy between 40 and 45 y

Cancer Type	Group	Recommendation
	<i>BRIP1</i> , <i>RAD51C</i> , <i>RAD51D</i> carriers	Consider high-risk screening with serial CA-125 and TVUS from age 30 y
		Risk-reducing salpingo-oophorectomy between 40 and 45 y
	<i>PALB2</i> carriers	Consider high-risk screening with serial CA-125 and TVUS from age 30
	Women with Lynch syndrome	Risk-reducing salpingo-oophorectomy with concurrent hysterectomy between 40 and 50 y for <i>MLH1</i> and <i>MSH2</i> mutation carriers
Endometrial cancer	All	Education on signs and symptoms of endometrial cancer
		Healthy lifestyle, weight management
		Management of abnormal uterine bleeding
	Women with Lynch syndrome	Consider high-risk screening with endometrial biopsies every 1–2 y from age 30–35 y
		Consider risk-reducing total hysterectomy at age 40 y or following completion of childbearing
Cervical cancer	All	Education on signs and symptoms of cervical cancer
	Ages 9–45 y	HPV vaccination
	Ages 21–25 y	Cervical cytology screening every 3 y
	Ages 25–29 y	Cervical cytology screening every 3 y or HPV-based screening every 5 y
	Ages 30–65 y	HPV-based screening or cotesting every 5 y
	Ages ≥66 y	HPV-based screening or cotesting if had prior abnormal screening

TJODist Bülteni

Cancer Type	Group	Recommendation
	Immunocompromised women up to age 30y	Cervical cytology screening starting from 1 y after intercourse but no later than age 21 y
	Immunocompromised women aged ≥ 31 y	Cervical cytology and HPV cotesting screening every 5 y
Vaginal cancer	All	Education on signs and symptoms of vaginal cancer
	Women with history of high-grade cervical dysplasia	Screening for vaginal dysplasia for 25 y after a diagnosis of high-grade cervical dysplasia
Vulvar cancer	All	Education on signs and symptoms of vulvar cancer
		Discussion with patient regarding screening pelvic examinations

2022 ESHRE ENDOMETRİOZİS KILAVUZU'NDA YENİ NELER VAR?

Özetleyen: Dr. Fatih Aktoz

Giriş

Endometriozis, uterus dışında endometrium benzeri dokunun varlığı olarak tanımlanan kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Bu endometriotik dokunun oluşumu ve büyümesi östrojene bağımlıdır. Bu nedenle endometriozisin klinik sonuçları ve yönetimi çoğu zaman üreme çağındaki kadınları ilgilendirse de menopoza sonrasında dahi önemini sürdürmektedir.

Endometriozisin prevalansı genel kadın popülasyonunda %2-10 arasında değişirken, infertil kadınlarda bu oran %50'ye kadar çıkmaktadır. Şu an dünya çapında en az 190 milyon kadının üreme çağında endometriozisten etkilendiği tahmin edilmektedir.

Halen endometriozis tanı ve tedavisi ile ilgili yeni klinik çalışmalara ihtiyaç olsa da, kanıta dayalı tıp çerçevesinde yapılmış araştırmalar sayesinde The European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) tarafından "Endometriozis Kılavuzu" oluşturulmuştur ve bu kılavuz belirli aralıklarla güncellenmektedir. Bu yazıda, 2022 yılında yayımlanan son kılavuzdaki önemli değişiklikler özetlenecektir.

Endometriozis Tanısı

Endometriotik lezyonların histolojik doğrulama ile laparoskopik olarak belirlenmesi geçmişte tanısal altın standart yöntem olarak tanımlanmıştır. Ancak bir yandan görüntüleme yöntemlerinin kalitesindeki ilerlemeler sayesinde ve diğer yandan ameliyatın getirdiği riskler, yüksek nitelikli cerrahlara sınırlı erişim ve finansal sonuçlar sebebiyle endometriozis tanısında laparoskopi artık altın standart tanı yöntemi olarak kabul edilmemektedir. Bu invaziv tanı yöntemi, görüntüleme sonuçlarının negatif olduğu ve/veya ampirik tedavinin kullanılamadığı ya da başarısız olduğu hasta grubunda kullanılabilir. Endometriozisi güvenilir bir şekilde tespit etmek veya dışlamak için yeni invaziv olmayan yöntemlerin geliştirilmesi ve mevcut yöntemlerin iyileştirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Endometriozis ile İlişkili Ağrı Tedavisi

Orta veya şiddetli endometriozis ile ilişkili ağrısı olan kadınlarda oral elagoliks ile altı aylık tedaviyi inceleyen çok merkezli, çift kör, randomize kontrollü benzer iki çalışma ile ilgili rapordan çıkarılan veriler ışığında GnRH antagonistlerinin, hormonal kontraseptifler ya da progestojenler etkisiz olursa endometriozis ilişkili ağrıya ek (ikinci basamak) tedavi seçeneği olarak kullanımını kılavuza eklenmiştir. Ek olarak güncel kılavuz, postoperatif hormon tedavisinin ağrı yönetiminde faydalı olabileceğini ve hemen gebelik istemeyen kadınlara önerilmesini desteklemektedir. Ayrıca Danazol, anti-progestojenler, laparoskopik uterosakral sinir ablasyonu (LUNA), presakral nörektomi (PSN) ve adezyon önleyici ajanlar artık önerilerde yer almamaktadır.

Endometriozis ile İlişkili İnfertilite Yönetimi

Endometriozisli infertil kadınlarda canlı doğum oranını iyileştirmek için yardımcı üreme teknikleri tedavisinden önce uzun süreli GnRH agonist uygulaması (ultra-long protokol) yararı tam bilinemediği için artık önerilmemektedir. Endometriozis Fertilite İndeksi (EFI), ameliyattan sonra gebeliğin elde edilmesi için en uygun seçeneğe karar vermede işe yarayabileceği için yönetime bir adım olarak eklenmiştir.

TJODist Bülteni

Fertilitenin korunmasına odaklanan önceki bir ESHRE kılavuzu, benign hastalıkların fertilitenin korunması için bir endikasyon olabileceğini ifade etse de özellikle endometriozisin bir endikasyon olup olmadığını ele almamaktadır. Bu kılavuz, endometriozisli kadınlarda AMH ölçümü yapılırsa, bu değerlerin cerrahinin neden olabileceği önemli olumsuz etkiler temelinde değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Bu kılavuzda yaygın ovaryan endometriozis durumunda, klinisyenlerin endometriozisli kadınlarla fertilitte korumanın artılarını ve eksilerini tartışması önerilmektedir. Endometriozisli kadınlarda fertilitenin korunmasının gerçek faydası bilinmemektedir. Oosit kriyoprezervasyonu pahalıdır ve kadınları bazı klinik risklere maruz bırakır. Endometriozisli tüm kadınlar için fertilitenin korunması ile ilgili şu anda yeterli veri bulunmamaktadır. Endometriozisli kadınların bazıları için fertilitenin korunmasının gelecekte gebelik şansını artıracak kabul edilmektedir. Ancak bu hasta grubunun nasıl seçileceği konusunda herhangi bir kanıt yoktur.

Endometriozis ve Gebelik

Kılavuza gebelik ile ilgili yeni bir bölüm eklenmiştir. Gebelik, endometrioziste her zaman semptomların iyileşmesine veya hastalığın ilerlemesinin azalmasına yol açmamaktadır. Bu sebeple hastalara yalnızca endometriozis tedavisi amacıyla gebe kalmaları tavsiye edilmemelidir. Yine gebelikte endometriomaların görünümü değişebilir. Gebelikte ultrason sırasında atipik endometrioma saptanması durumunda hastanın uygun bir merkeze sevk edilmesi önerilir. Klinisyenler, endometriozisli kadınlarda ilk trimester düşük ve ektopik gebelik riskinde artış olabileceğinin farkında olmalıdır. Ayrıca klinisyenler, nadir de olsa gebelikte endometriozis ile ilişkili olası komplikasyonların da bilincinde olmalıdır. Bu bulgular düşük/orta kalitedeki çalışmalara dayandığından, sonuçlar dikkatle yorumlanmalıdır. Şu anki veriler ışığında, endometriozisli hastalarda gebeliğin önerilmemesi ya da mevcut bir gebelikte daha yakın bir takip gerekliliği gibi fikirler kılavuz tarafından desteklenmemektedir.

Endometriozis ve Rekürrens

Bu kılavuzda endometriozis rekürrensi ile ilgili ayrı ve kapsamlı bir bölüm hazırlanmıştır. Endometriomalı kadınlarda cerrahi endike olduğunda, klinisyenler endometriozis ile ilişkili dismenore, dispareni ve menstrüel olmayan pelvik ağrının sekonder önlenmesi için drenaj ve elektrokoagülasyon yerine kistektomi yapmalıdır. Ancak over rezervinin azalması riski göz önünde bulundurulmalıdır. Klinisyenler, endometriozis ile ilişkili dismenorenin sekonder önlenmesi için levonorgestrelli bir intrauterin sistemi (52 mg LNG-RIA) veya en az 18-24 ay süreyle kombine bir hormonal kontraseptifin postoperatif kullanımını önermeyi düşünmelidir. Hemen gebe kalmak istemeyen kadınlarda cerrahi tedaviden sonra, endometrioma ve endometriozis ile ilişkili semptom nüksünü önlemek için uzun süreli hormon tedavisi (kombine hormonal kontraseptifler gibi) önerilmelidir. Bu kanıt düzeyi güçlü önerilere ek olarak diğer öneriler için kılavuzun incelenmesi tavsiye edilir.

Endometriozis ve Adölesan

Bu kılavuzda, daha önceli kılavuzda önemli bir eksiklik olan adölesanlarda endometriozis yönetimi ile ilgili yeni ve kapsamlı bir bölüm hazırlanmıştır. Klinisyenler pozitif aile öyküsü, obstrüktif genital malformasyonlar, erken menarş veya kısa menstrüel döngü gibi endometriozis için olası risk faktörlerini belirlemek için adölesanlarda dikkatli bir öykü almalıdır. Klinisyenler, düzenli olarak okul devamsızlığı ile başvuran veya dismenore tedavisi için oral kontraseptif kullanan genç kadınlarda endometriozisi düşünebilir. Özellikle endometriozis varlığını düşündüren siklik pelvik ağrı ya da özellikle bulantı, dismenore, diskezya, dizüri, dispareninin eşlik ettiği kronik veya siklik olmayan ağrı adölesan grupta dikkate alınmalıdır. Muayenede transvajinal ultrason, ovaryan endometriozis tanısında etkili olduğu için uygun durumlarda adölesanlarda kullanılması önerilir. Transvajinal ultrason kullanımı uygun değilse manyetik rezonans görüntüleme ya da transabdominal/transperineal/transrektal ultrason kullanılabilir. Ek olarak CA-125'in adölesanlarda endometrioma tanısında yeri bulunmamaktadır.

Adölesanlarda endometriozis tedavisine bakılacak olursa, şiddetli dismenore ve/veya endometriozis ile ilişkili ağrı varlığında, klinisyenler etkili ve güvenli olabilecekleri için hormonal kontraseptifleri veya progestojenleri (sistemik olarak veya LNG-RIA yoluyla) birinci basamak hormon tedavisi olarak kullanmalıdır. Bununla birlikte bazı progestojenlerin kemik mineral yoğunluğunu azaltabileceğini hastalara belirtmek önemlidir. Klinisyenler, özellikle birinci basamak hormon tedavisi uygun bir seçenek değilse, şüpheli endometriozisli adölesanlarda endometriozis ile ilişkili ağrı tedavisi için nonsteroid anti-inflamatuarları kullanmayı düşünmelidir. Genç kadın ve adölesanlarda GnRH agonist tedavisi, ancak potansiyel yan etkiler ve uzun vadeli olası sağlık riskleri dikkatlice değerlendirildikten ve tartışıldıktan sonra kullanılmalıdır. Endometriozisli adölesanlarda cerrahi tedavi endike ise deneyimli bir cerrah tarafından laparoskopik olarak yapılmalı ve mümkünse mevcut tüm endometriozis odaklarının laparoskopik olarak tamamen çıkarılması sağlanmalıdır. Endometriozisli adölesanlarda klinisyenler, semptomların nüksünü baskılayabileceğinden dolayı postoperatif hormon tedavisini düşünmelidir. Endometriozisli adölesanların, hem ovaryan endometriozisin ve hem de endometriozis cerrahisinin over rezervi ve gelecekteki fertilite üzerindeki potansiyel zararlı etkileri hakkında bilgilendirilmesi önerilir. Her ne kadar bir seçenek olsa da fertilitenin korunmasının endometriozisli adölesanlarda gerçek yararı, güvenliği ve endikasyonları bilinmemektedir. Dolayısıyla adölesanların bu konular hakkında detaylı olarak bilgilendirilmesini önerilmektedir. Diğer öneriler için kılavuzun incelenmesi tavsiye edilir.

Diğer güncellemeler

Güncel kılavuzda, eskisine kıyasla menopoza ve kanserin endometriozis ile ilişkisini irdeleyen daha kapsamlı bölümler hazırlanmıştır. Ayrıca kılavuzda asemptomatik endometriozis, ekstrapelvik endometriozis ve endometriozisten korunma ile ilgili minör güncellemeler mevcuttur.

FERTİLİTE TEDAVİLERİNDE OVER STİMÜLASYONU VE MEME KANSERİ RİSKİ: EŞLEŞTİRİLMİŞ KOHORT ÇALIŞMASI

OVARIAN STIMULATION FOR FERTILITY TREATMENTS AND RISK OF BREAST CANCER: A MATCHED COHORT STUDY
R. MACHTINGER, N. FALLACH, I. GOLDSTEIN, G. CHODICK, E. SCHIFF, R. ORVIETO, R. MASHIACH
HUMAN REPRODUCTION, VOL.37, NO.3, PP. 577-585, 2022

Özetleyen: **Dr. Engin Türkgeldi**

Link: <https://doi.org/10.1093/humrep/deab270>

Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34871410>

Giriş ve metod

Fertilite tedavisi gören kadınlardaki meme kanseri riskini araştıran çalışmalar, zaman zaman çelişkili sonuçlar bildirmektedirler. Bu retrospektif, nüfus-tabanlı kohort çalışmada, yardımcı üreme teknikleri (YÜT), tıbbi destekle üreme tedavileri (TDÜT) (örneğin in vitro komponenti olmayan over stimülasyonu veya ovulasyon indüksiyonu) veya ve üreme çağındaki genel kadın popülasyonunun meme kanseri riski arasında fark olup olmadığını araştırmayı hedefledik.

Çalışma popülasyonunu, 1994-2019 yılları arasında YÜT veya TDÜT gören kadınlar oluşturdu. Bu hastalar; doğum yılları, ilk doğumlarını gerçekleştirdikleri yıllar ve nulliparite durumlarına göre üreme çağındaki genel popülasyon ile bire bir eşleştirildiler. TDÜT gören kadınlarda, tedavi gördükleri takvim yılına göre YÜT gören kadınlarla eşleştirildiler. Tüm kadınlar, MAccabi Sağlık Hizmetleri üyesiydiler. Elektronik kayıtlardan, hastaların demografik özellikleri, fertilite tedavileri, BRCA mutasyon durumları ve olası karıştırıcı faktör (confounder) bilgileri elde edildi. Fertilite tedavisi sonrası meme kanseri riskleri, eşleştirilen kohortlarla kıyaslandı.

Sonuçlar

Üreme çağındaki 825.721 kadından, YÜT gören 32.366'sı, TDÜT gören 32.366 kadın ve üreme çağındaki 32.366 kadın ile eşleştirildi. Toplam 984 kadına (%1.0) meme kanseri tanısı koyuldu (ortalama takip süresi 9.1 ± 6.3 yıl); interquartile aralık -IQR-, 3.8–13.7 yıl). Meme kanseri için 10.000 kişi-yılındaki insidans YÜT grubunda 11.9 (95% CI, 10.7–13.3), TDÜT grubunda 10.7 (95% CI, 9.6–11.9) ve genel toplumda 10.7 (95% CI, 9.6–12.0). Meme riski için ham risk YÜT ve genel toplum kıyaslandığında (hazard ratio (HR) = 1.10, 95% CI, 0.94–1.28) ve YÜT ile TDÜT grupları kıyaslandığında (HR = 1.00, 95% CI, 0.86–1.16) benzerdi. Yaş, beden kütle endeksi, sigara içme durumu, sosyoekonomik durum ve parite için düzenlemeler yapıldığında, hasar oranlarında (hazard ratio) benzer sonuçlar elde edildi (YÜT vs genel toplum: HR = 1.10, 95% CI, 0.94–1.28; YÜT vs TDÜT: HR = 0.99, 95% CI, 0.85–1.16). Meme kanseri tanısı alan kadınlar arasında BRCA 1/2 mutasyonları prevalansı ve tumor evrelemesi açılarından gruplar arasında fark izlenmedi. YÜT tedavisi gören kadınlar arasında, meme kanseri ile tedavi siklusu sayısı veya rekombinant/üriner kaynaklı ilaçlar arasında fark saptanmadı.

Çalışmanın kısıtlamaları ve olası etkileri

Çalışmadaki takip süreci sonu ortalama yaşı 42 olduğu için, bu çalışma postmenopozal mem kanseri riskindeki olası farkları tespit edecek güce sahip değildir. Buna ek olarak, inferilite etiyolojileri dikkate alınmamıştır.

Özetle, premenopozal meme kanseri riski YÜT ve TDÜT tedavisi gören kadınlarda, genel toplumdan farklı bulunmamıştır. Gerek hastalar gerek klinisyenler, bu tedavilerin premenopozal meme kanseri riski açısından güvenliği konusunda bilgilendirilebilirler.

Table III Cox proportional hazards models for breast cancer risk by years from exposure.

Years from exposure	HR ART vs MAR (95% CI)		HR ART vs general population (95% CI)	
	Crude	Adjusted	Crude	Adjusted
All	1.00 (0.86–1.16)	0.99 (0.85–1.16)	1.10 (0.94–1.28)	1.10 (0.94–1.28)
<5	0.82 (0.68–1.00)	0.78 (0.65–0.93)	1.10 (0.92–1.31)	1.09 (0.92–1.29)
5–10	0.90 (0.74–1.10)	0.91 (0.74–1.11)	1.00 (0.82–1.21)	0.98 (0.80–1.19)
>10	1.01 (0.80–1.29)	1.01 (0.79–1.29)	0.93 (0.73–1.18)	0.94 (0.74–1.20)

Adjusted for age at index date, BMI, smoking status, social-economic status and parity.
HR, hazard ratio; MAR, medically assisted reproduction.

-  5 Haziran 2022 - Gebelik Öncesi ve Gebelikte Hangi Testleri Nasıl Yapalım? Güncel Durum Nedir?
-  15 Mayıs 2022 - Endometrioziste 2022 Yılında Neredeyiz?
-  13 Ekim 2019 - Jinekolojik Onkoloji Güncel Yaklaşımlar
-  15 Eylül 2019 - Preterm Doğum
-  19 Mayıs 2019 - Vakalar ile Fetal MSS / Yüz / Spina / İskelet / Kalp / Toraks / GIS / GÜS / Doppler / Plasenta
-  14 Nisan 2019 - Jinekolojik Endoskopide Doğrular ve Yanlışlar
-  24 Mart 2019 - Maternal Mortalite ve Morbidite Nedenleri ve Nasıl Azaltabiliriz?
-  17 Şubat 2019 - İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi ve IVF Dışı Yönetimi
-  13 Ocak 2019 Jinekolojide ve Cinsel Yaşamda Sık Karşılaşılan Sorunlar ve Çözümleri
-  23 Aralık 2018 Üreme Endokrinolojisi 2019: Yeni Ne Var?
-  18 Kasım 2018 Fetal İyilik Halinin Değerlendirilmesi ve Doğum Zamanlanması
-  14 Ekim 2018 Jinekolojik Onkolojide Preinvaziv Hastalık Yönetimi ve Organ Koruyucu Yaklaşımlar
-  16 Eylül 2018 Ürojinekolojide yenilikler - 2018
-  20 Mayıs 2018 Jinekolojik Onkoloji
-  8 Nisan 2018 İntrapartum Yönetim
-  11 Mart 2018 Jinekolojide Ednoskopik Uygulamalar
-  11 Şubat 2018 Endometriozis ve Genel Jinekoloji
-  14 Ocak 2018 Gebelikte Hipertansif Hastalıklar ve Komplikasyonları
-  17 Aralık 2017 Endokrin + Genel Jinekoloji
-  05 Kasım 2017 Ürojinekoloji + Cinsel Disfonksiyon
-  15 Ekim 2017 Obstetrik Kanamalar ve Malpraktis
-  18 Haziran 2017 Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite
-  28 Mayıs 2017 Prenatal Tanı ve Gebelik İzleniminde Tartışmalı Konular
-  30 Nisan 2017 Jinekolojide Endoskopi Uygulamaları
-  19 Mart 2017 Jinekolojide Karşılaşılan Onkolojik Sorunlar
-  12 Şubat 2017 Ürojinekoloji, Pelvik Ağrı ve Cinsel Disfonksiyon
-  15 Ocak 2017 Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite